

BKK24
Hauptverwaltung
31681 Obernkirchen

**Sie haben Fragen zur Beitrittserklärung?
Wir helfen Ihnen gerne weiter.
Rufen Sie uns einfach an!**

**Маєте запитання щодо заяви про
членство? Ми з радістю допоможемо.
Телефонуйте нам!**



BKK24
Sülbecker Brand 1
31683 Obernkirchen



Telefon/Телефон 05724 971-0
Telefax/Факс 05724 971-4000



info@bkk24.de

IN WENIGEN SCHRITTEN ZUR BKK24 WECHSELN! ПЕРЕЙТИ НА BKK24 В КІЛЬКА КРОКІВ!

WIE FUNKTIONIERT DER BEITRITT? ЯК ПРАЦЮЄ ВСТУП?

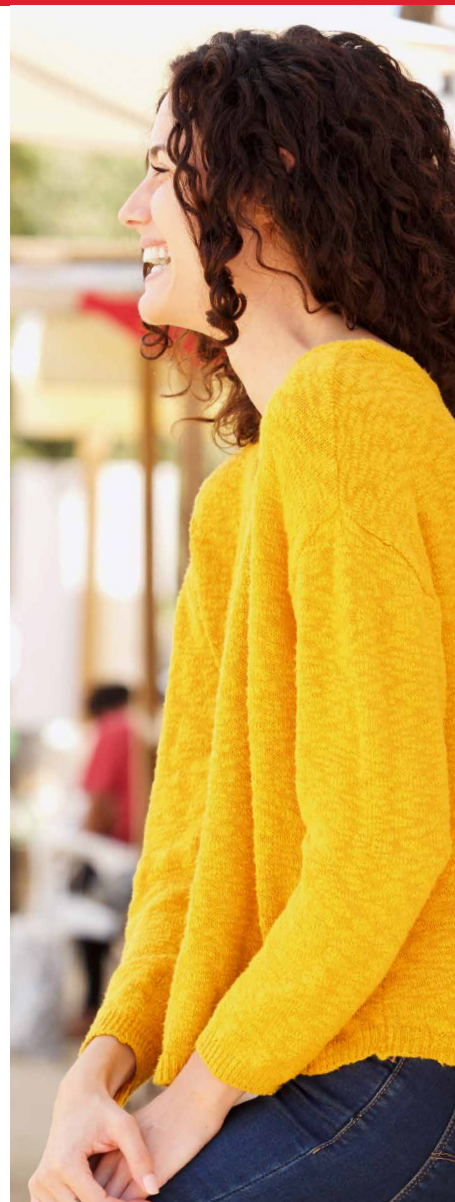
Der Krankenkassenwechsel ist ganz einfach. Bitte senden Sie uns die ausgefüllte Beitrittserklärung zu. Wir kümmern uns um alles Weitere. **Eine Kündigung bei Ihrer bisherigen Krankenkasse ist seit dem 01.01.2021 nicht mehr erforderlich.** Sie entscheiden sich lediglich für die BKK24 als neue Krankenkasse. Somit ist ein Wechsel zum Ende des übernächsten Monats möglich. Unter Umständen ist auch ein sofortiger Wechsel möglich: z. B. mit Beginn eines neuen Beschäftigungsverhältnisses, Aufnahme einer selbstständigen Tätigkeit, nach dem Ende einer Familienversicherung, bei Rentenbeginn oder Arbeitslosigkeit.

Змінити медичне страхування дуже просто. Будь ласка, надішліть нам заповнену форму заяви на вступ. Ми подбаємо про все інше. **З 1 січня 2021 року вам більше не потрібно скасовувати членство у попередній лікарняній касі.** Ви просто приймаєте рішення на користь ВКК24 як вашої нової лікарняної каси. Після цього можлива зміна в кінці місяця після наступного. За певних обставин також можлива негайна зміна: наприклад, на початку нових трудових відносин, при самозайнятості, після закінчення сімейного страхування, на початку виходу на пенсію чи безробітті.

WOZU BRAUCHEN WIR IHRE STEUER-IDENTIFIKATIONSNUMMER (STEUERID)? НАВІЩО НАМ ПОТРІБНИЙ ВАШ ІДЕНТИФІКАЦІЙНИЙ ПОДАТКОВИЙ НОМЕР?

Durch die Einführung des Bürgerentlastungsgesetzes können die Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung seit dem 01.01.2010 steuerlich stärker berücksichtigt werden. Sie als Steuerzahler können davon profitieren, wenn die Datenübermittlung an das Finanzamt elektronisch erfolgt. Es entsteht kein zusätzlicher Aufwand für Sie. Die SteuerID ist außerdem nötig für die Übermittlung bestimmter Geldleistungen, wie zum Beispiel aus dem Bonusprogramm.

Знабуттямчинності Закону про допомогу громадянам з 1 січня 2010 року внески на медичне страхування та страхування на випадок догляду можуть враховуватися у податкових цілях. Як платник податків ви можете отримати вигоду, якщо дані будуть передані до податкової інспекції в електронному вигляді. Це не вимагає жодних додаткових зусиль від вас. Ідентифікаційний номер платника податків також потрібен для передачі певної грошової допомоги, наприклад, за бонусною програмою.



WEITERE ANGABEN FÜR BESTIMMTE PERSONENKREISE: ДОДАТКОВА ІНФОРМАЦІЯ ДЛЯ ДЕЯКИХ ГРУП ЛЮДЕЙ:

Für freiwillige Mitglieder, die Ihre Beiträge selbst zahlen, benötigen wir weitere Informationen. Hierfür erhalten Sie einen separaten Fragebogen. Die Angaben zu Ihren Einkünften sind erforderlich, um Ihre Beiträge korrekt berechnen zu können.

Нам потрібна додаткова інформація про добровільних членів, які сплачують власні внески. Для цього ви отримаєте окрему анкету. Деталі вашого доходу необхідні для того, щоб можна було правильно розрахувати ваші внески.

RÜCKKEHR ODER ZUZUG AUS DEM AUSLAND: ПОВЕРНЕННЯ АБО ПЕРЕЇЗД ІЗ-ЗА КОРДОНУ:

Sollten Sie nach einem Auslandsaufenthalt zurückgekehrt sein oder sich erstmalig in Deutschland versichern, sind häufig weitere Informationen erforderlich. Wir kommen auf Sie zu, wenn wir ergänzende Angaben benötigen. Sollten Sie Nachweise über Ihren Versicherungsschutz im Ausland vorliegen haben, reichen Sie diese gerne in Kopie mit ein.

Якщо ви повернулися після перебування за кордоном або вперше оформляєте страхування в Німеччині, часто потрібна додаткова інформація. Ми зв'яжемося з вами, якщо нам потрібна додаткова інформація. Якщо у вас є підтвердження вашого страхування за кордоном, будь ласка, надішліть копію.

BEITRITTSERKLÄRUNG ЗАЯВА НА ВСТУП

Ich möchte Mitglied der BKK24 werden
Я хочу стати членом BKK24

zum nächstmöglichen Zeitpunkt
якнайшвидше

zum
до

T T M M J J J J

Anlass Krankenkassenwechsel
Причина зміни медичного страхування

sofortiger Wechsel
негайна зміна

Wahl der Krankenkasse
вибір лікарняної каси

Erhöhung Zusatzbeitrag bish. Krankenkasse
збільшення додаткового внеску попередньої лікарняної каси

Persönliche Angaben
Персональна інформація

weiblich
жінка

männlich
чоловік

divers
інше

Familienstand
Сімейний стан

ledig
не одружений/

verheiratet
одружений/а

Lebenspartnerschaft
в цивільному партнерстві

verwitwet
вдівець/вдова

geschieden
розлучений/
розлучена

Name

Прізвище

Vorname

Ім'я

Straße/Nummer

Вулиця/номер

PLZ

Поштовий індекс

Ort

Населений пункта

Nationalität

Національність

E-Mail*

Електронна пошта*

Steuer-Identifikationsnummer

Ідентифікаційний податковий номер

Telefon*

Телефон*

Rentenversicherungsnummer/Sozialversicherungsnummer

Номер пенсійного страхування/номер соціального страхування

12-stellige Nummer

12-значний номер

Geburtsdatum

дата народження

Geburtsort

місце народження

Geburtsname

прізвище при народженні

Geburtsland

країна народження

**Mein Status/meine Tätigkeit
Мій статус/моя зайнятість**
 Auszubildende/r
стажист

 Arbeitnehmer/-in
найманий працівник/ця

 Elterngeld/Elternzeit
допомога по догляду за дитиною/
відпустка по догляду за дитиною

 Selbstständige/r
самозайнята особа

 freiwillig Versicherte/r
добровільно застрахована особа

 arbeitslos (ALG I/II)
безробітний/на (ALG I/II)

 Saisonarbeiter/-in
сезонний працівник/ця

 Rentner/-in
пенсіонер/ка

 Student/-in
студент/ка

 andere/r Tätigkeit/Status
інша зайнятість/статус

 Beziehen Sie eine Rente?
Ви отримуєте пенсію?

 Ja
Так Nein
Ні

 Erhalten Sie Versorgungsbezüge?
Ви отримуєте допомогу?

 Ja
Так Nein
Ні

(Falls ja, fügen Sie bitte den letzten Rentenbescheid bei.)

(Якщо так, будь ласка, додайте останнє повідомлення про пенсію.)

(Falls ja, fügen Sie bitte den letzten Bescheid der Versorgungsstelle bei.)

(Якщо так, будь ласка, додайте останнє повідомлення з органу, який надає допомогу.)

Arbeitgeber/Agentur für Arbeit/Jobcenter
Роботодавець/агенція зайнятості/центр зайнятості

Name Назва												
Straße/Nr. Вулиця/номер												
PLZ Поштовий індекс				Ort Населений пункт								
Telefon Телефон												
Betriebsnummer Номер компанії				Beginn Beschäftigung/ Leistungsbezug Початок роботи/отримання допомоги	T	T	M	M	J	J	J	J

Angaben zur bisherigen Krankenversicherung
Інформація про попереднє медичне страхування

Zuletzt versichert vom Остання страховка з	T	T	M	M	J	J	J	J	bis до	T	T	M	M	J	J	J	J	bei der у														
<input type="checkbox"/> selbst versichert застрахований сам/сама												<input type="checkbox"/> mein Entgelt liegt über der Jahresarbeitsentgeltgrenze моя зарплата перевищує річний ліміт заробітної плати																				
<input type="checkbox"/> familienversichert über застрахований сімейним страхуванням через												Name, Vorname прізвище, ім'я																				
												Geburtsdatum дата народження	T	T	M	M	J	J	J	J	Versichertennummer номер страховки											
<input type="checkbox"/> nicht gesetzlich versichert seit не застрахований/а з	T	T	M	M	J	J	J	J	Grund причина																							
<input type="checkbox"/> Rückkehr aus dem Ausland vor Versicherungsbeginn повернення з-за кордону до початку страхування												Land країна																				

Haben Sie Kinder?
Чи є у вас діти?
 Ja
Так Nein
Ні

Sollen Angehörige beitragsfrei mitversichert werden?
Чи повинні також страхуватися родичі без сплати внесків?
 Ja
Так Nein
Ні

Ich versichere, dass vorstehende Angaben vollständig und wahrheitsgemäß sind. Änderungen werde ich der BKK24 unverzüglich mitteilen.
Я підтверджую, що наведена вище інформація є повною та правдивою. Я негайно повідомлю BKK24 про будь-які зміни.

Datum Дата	T	T	M	M	J	J	J	J	Unterschrift Підпис											
---------------	---	---	---	---	---	---	---	---	------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Hinweis zum Datenschutz

Die Daten werden zur Erfüllung unserer Aufgaben nach §§ 284 i. V. m. § 175 SGB V erhoben und verarbeitet. Ihr Mitwirken ist nach § 60 SGB I und § 206 SGB V erforderlich. Ohne die erforderlichen Daten kann eine Mitgliedschaft nicht durchgeführt werden. Empfänger Ihrer Daten können im Rahmen gesetzlicher Pflichten und Mitteilungsbefugnisse Dritte oder von uns beauftragte Dienstleister sein. Allgemeine Informationen zur Datenverarbeitung und zu Ihren Rechten finden Sie unter www.bkk24.de/datenschutz oder werden Ihnen auf Wunsch ausgehändigt. Bei Fragen zum Datenschutz wenden Sie sich an datenschutz@bkk24.de.

* freiwillige Angabe

Примітка щодо захисту даних

Дані будуть збиратися та оброблятися для виконання наших завдань відповідно до §§ 284 у поєднанні з § 175 Соціального кодексу (SGB) V. Відповідно до § 60 Соціального кодексу (SGB) I та § 206 Соціального кодексу (SGB) V необхідна ваша співпраця. Без необхідних даних членство може не здійснюватися. Одержувачами ваших даних можуть бути треті сторони або постачальники послуг, замовлені нами в рамках юридичних зобов'язань і прав на повідомлення. Загальні відомості про обробку даних і свої права ви можете знайти на сайті www.bkk24.de/datenschutz або вони будуть надані вам за запитом. Якщо у вас виникли запитання щодо захисту даних, звертайтеся за адресою datenschutz@bkk24.de.

* добровільна інформація